内 視 鏡 検 査 依 頼 票

医療法人社団秀巧会
稲城わかばクリニック
ＴＥＬ：042-370-0530
ＦＡＸ：042-370-0531

対象検査	□ 上部消化管内視鏡検査	□ 下部消化管内視鏡検査
患者名		性別 男性 ・ 女性
生年月日	年 月 日	年齢 歳
連絡先	自宅 TEL	携帯 TEL

検査目的	
基礎疾患、現在治療中の疾患	

ご依頼元医療機関名	
ご依頼医師	先生
所在地・連絡先	〒 TEL： FAX：